SI YULI

Pagina: 1 de 2 Código: 2BS-FR-0021 Fecha: 12-03-2021 Versión: 5	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	POLICÍA NACIONAL

Radicado GEPOL No. GS-2025-090018 - DEBOY

Grado

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta

Cargo del funcionario

TURNO No.

No. SISCO:	DEBOY - 2025- 117	No. REGISTRO QUIPU :	
No. CONTRATO:	95-7-20088-25	FECHA DE RECIBIDO :	
VALOR PAGO:	$ 4.461.600,00	NUMERO DE RADICADO SIIF:	
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :		CONTRATISTA:	MARIBEL MEDINA VARGAS
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO	1	NIT DEL CONTRATISTA:	40045436

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO	SI ____	NO X
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO	SI ____	NO X
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO	SI ____	NO X

ENDOSADA A: N/A CUENTA BANCARIA: ____ N/A ____

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP)		
5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL)		
6. FACTURA ORIGINAL:		N/A
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA:	No. 85287544 del 16/04/2025	
8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN:	N/A	
8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN):	N/A	
9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA-PUBLICADA EN SECOP		
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP		
11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA.		N/A
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP		N/A
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP.		N/A
14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009,		

OBSERVACIONES : NUMERO SIIF NUMERO QUIPU

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF SI X NO ____

FIRMA

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITA LA CUENTA)

CARGO Y UNIDAD

SI. GABRIEL RICARDO SANCHEZ
ANALISTA DE CONTRATOS

ESTE CAMPO APLICA SOLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____ FIRMA _____

SI_____ NO_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____ Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____

Página 1 de 6	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0019		
Fecha: 12-03-2021	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS U ÓRDENES DE COMPRA	
Versión: 5		

GS-2025 – 090085 - DEBOY – 29.25

Tunja, 01 de mayo del 2025

Señor coronel
JAVIER GUSTAVO LEMUS PINTO
Comandante Policía Metropolitana de Tunja
Carrera 11 No. 19 - 85 Centro Histórico
Tunja.-

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato No. 95-7-20088-25

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO __X__ O FINAL _____

Periodo del informe de supervisión

Desde	01/04/2025	Hasta	30/04/2025

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la "*Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

- Mediante comunicación oficial No. **GS-2025-067913-DEBOY** el señor coronel Javier Gustavo Lemus Pinto, obrando en calidad de Comandante Policía Metropolitana de Tunja y ordenador del gasto de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá, nombró como supervisor del contrato del asunto a la señora Subintendente Yuly Yarlin Rodríguez Aponte, responsable Talento Humano de la UPRES DEBOY.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: CERO (0)**

Información del contrato.

Contrato No. / Orden de compra No.	95-7-20088-25
Objeto del Contrato / instrumento de agregación de la orden de compra	Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión como FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL para la Unidad Prestadora de Salud Boyacá

Contratista	MARIBEL MEDINA VARGAS
Representante legal	N/A
Valor inicial del contrato u orden de compra	$ 22.159.280.00 ✓
Valor adiciones del contrato u orden de compra	$ 0,00
Valor total del contrato u orden de compra	$ 22.159.280.00 ✓
Plazo de ejecución inicial	CUATRO (04) MESES Y VEINTINUEVE (29) DÍAS ✓
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	01/04/2025 ✓
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	29/08/2025 ✓
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	N/A
Adiciones	N/A
Modificatorios	N/A
Prorrogas	N/A
Otros	N/A

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

1.1 Acciones adelantadas:

- Se tiene comunicación constante de forma personal y telefónica con el fin de verificar sus funciones por el cual se contrató se estén cumpliendo, hasta el momento ha realizado sus funciones sin presentarse novedades.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral	SI X NO__	No. 85287544 del 16/04/2025 ✓

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS
Actualizar el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias: Según su competencia para la Unidad.	Si X No__	Ninguna
Apoyar en la ejecución de inducciones a personal nuevo que ingresa a laborar en la UPRES Boyacá y antiguo, cuando retome labores	Si X No__	Ninguna
Apoyar la ejecución de talleres, campañas propias del plan de trabajo y las adicionales según direccionamiento DITAH, DISAN.	Si X No__	Ninguna
Apoyo a reuniones del SST programadas por las diferentes unidades adscritas al UPRES Boyacá	Si X No__	Ninguna
Apoyo de las actividades del SGSST designadas por el supervisor del contrato como campañas de prevención en enfermedad laboral y accidente de trabajo	Si X No__	Ninguna
Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por el UPRES Boyacá.	Si X No__	Ninguna
Conformar, capacitar y coordinar las actividades de brigadas de emergencia, según su competencia para la unidad.	Si X No__	Ninguna
Cumplir con las actividades de seguridad y salud en el trabajo, establecidas por el nivel central y la Dirección de Sanidad, establecidos en el plan de trabajo vigente.	Si X No__	Ninguna
Dar indicaciones generales y entrenamiento a funcionarios según plan de trabajo SST.	Si X No__	Ninguna
Diligenciar bases de datos de valoraciones, informes de medicina preventiva y de actividades realizadas, diligenciamiento de SISAP	Si X No__	Ninguna
Documentar los requerimientos propios del SGSST según su competencia por la licencia de seguridad y salud en el trabajo	Si X No__	Ninguna
Establecer la valoración previa y personalizada del paciente y emitir el diagnóstico según el caso, mediante un sistema de evaluación funcional y un sistema de registro e historia clínica.	Si X No__	Ninguna
Gestionar respuestas de comunicados oficiales, de requerimientos allegados a la dependencia, cuando la pertinencia sea para un profesional en fisioterapia	Si X No__	Ninguna
Identificar los elementos de protección personal – EPP, según matriz en formato establecido.	Si X No__	Ninguna
Implementar el programa de vigilancia epidemiológica del riesgo biomecánico, realizando capacitaciones de prevención de riesgo biomecánico, según temas direccionados por la DITAH y DISAN	Si X No__	Ninguna
Realizar actividades de medicina del trabajo y de prevención y promoción de la salud, de acuerdo con su licencia y nivel de competencia	Si X No__	Ninguna
Realizar el despliegue del plan de comunicaciones en SGSST de acuerdo con su licencia y nivel de competencia	Si X No__	Ninguna
Realizar inspección de puesto de trabajo: Según requerimientos de nivel central o por solicitud de la medicina laboral y /o examen ocupacional periódico.	Si X No__	Ninguna
Realizar investigación de accidentes laborales con sus respectivos informes, según su competencia para la unidad.	Si X No__	Ninguna

Realizar seguimiento a los contratos desde SST, según su competencia, para empresas tercerizadas que prestan servicios dentro de la unidad	Si X No__	Ninguna
Realizar seguimiento al diligenciamiento de los formatos EPP, según su competencia en cada unidad	Si X No__	Ninguna
Realizar valoraciones paramédicas ocupacionales de fisioterapia para reubicación laboral, determinación del origen y/o recomendaciones de salud ocupacional.	Si X No__	Ninguna
Registrar la accidentalidad en la matriz establecida por la DITAH-SGSST	Si X No__	Ninguna
Seguimiento y verificación a implementación de las medidas de prevención y control de peligros y riesgos identificados:	Si X No__	Ninguna
Trabajar en forma interdisciplinaria con las especialidades correspondientes a la Unidad, con el fin de ofrecer atención integral al paciente.	Si X No__	Ninguna
Desarrollar el programa de accidentalidad (consolidación, sistematización)	Si X No__	Ninguna
Desarrollar las actividades del plan de trabajo de SST asignadas	Si X No__	Ninguna
Las demás que le sean asignadas por el jefe inmediato o Jefe de UPRES y que tengan relación directa con las demás funciones, con. la naturaleza del cargo, el área de desempeño y competencia de acuerdo a su licencia SST.	Si X No__	Ninguna
Realizar auto-reporte de condiciones de trabajo y de salud cuando le sea solicitado.	Si X No__	Ninguna
Realizar seguimiento al diligenciamiento de los formatos EPP, según su competencia en cada unidad	Si X No__	Ninguna
Verificar y hacer seguimiento a los compromisos adquiridos en el comité de seguridad y salud en el trabajo	Si X No__	Ninguna
Las demás que le sean asignadas por el supervisor y/o el jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá que tengan relación directa con el objeto contractual	Si X No__	Ninguna
horas de Prestación de Servicios OCHO (8) HORAS DIARIAS, CUARENTA Y CUATRO (44) HORAS SEMANALES, CIENTO NOVENTA HORAS (190) MENSUALES de acuerdo a la Resolución 193 del 14 de mayo del 2024.	Si X No__	Ninguna

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Sin Novedades

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (30) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando (119) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La Policía Nacional realizará los pagos al contratista por el tiempo de ejecución del contrato por CUATRO (04) MESES Y VEINTINUEVE (29) DÍAS, que se efectuarán entre el 1 al 15 de cada mes de la presente anualidad.

Cada pago del presente contrato se efectuará en mensualidades vencidas de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC) por un valor de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y UN MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE ($4.461.600.00). De acuerdo a la Resolución No 193 del 14/05/2024 "Por la cual se fijan requisitos mínimos y honorarios para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión para el Hospital Central y nivel país de la Dirección de Sanidad". Los pagos se harán en la cuenta que se indica en el numeral 13 del presente contrato: los cuales se efectuarán una vez se perfeccione el presente documento y se emita el recibo a satisfacción para cada uno de ellos, por parte del supervisor del contrato. Para efectos del pago, EL CONTRATISTA deberá presentar los documentos correspondientes, con una antelación no inferior a diez (10) días a la fecha prevista para el mismo, de igual forma teniendo encuentra la Ordenanza 030 del 25 de octubre del 2005 " **POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA LA EMISIÓN DE LA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO DE LA UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA" y el Comunicado 035 del 26 de agosto del 2022 "POR MEDIO DE LA CUAL SE DAN ORIENTACIONES PARA LA LIQUIDACION Y PAGO DE LA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC"** el Contratista realizara el pago correspondiente por concepto de estampilla liquidando el 1% al valor mensual en el Banco de Bogotá, echo este proceso se generara un código QR que emitirá la respectiva estampilla, el cual será escaneado y verificado por la unidad encargada de la entidad contratante, requisito indispensable como soporte para el pago; su incumplimiento tendrá como efecto la reprogramación presupuestal para el mes siguiente. Así mismo, EL CONTRATISTA deberá relacionar en la respectiva cuenta de cobro, el número o referencia de la planilla de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, mes vencido, que le corresponden según la ley.

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	% del valor del contrato u orden de compra
Valor total del contrato u orden de compra	$ 22.159.280,00	100%
Valor total de las entregas	$ 4.461.600,00	20%
Valor total facturado	$ 4.461.600,00	20%
Valor facturado pendiente de pago	$ 4.461.600,00	20%
Valor pagado	$ 0,00	0%
Valor pendiente de entrega	$ 17.697.680,00	80%

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**)							
No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor Facturado	No. factura	Valor Pagado	Valor Deducciones	No. orden de pago
Cuenta de cobro N° 01	$4.461.600,00	del 01/04/2025 al 30/04/2025	$4.461.600,00	01	$ 0	$ 0	Pendiente

4.2 Entrada de Bienes No Aplica

5. RECOMENDACIONES

Ninguna

6. CONCLUSIONES

El supervisor, deberá marcar con una (x) las casillas según corresponda al periodo entregado, con el fin de que la administración tenga claridad frente al cumplimiento o no del contratista. El no diligenciamiento será causal de la devolución del respectivo informe de supervisión.

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	SI X	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO__	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del_____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Firma _____

Subintendente YULY YARLIN RODRÍGUEZ APONTE
Responsable Talento Humano de la UPRES DEBOY
Supervisor contrato. No 95-7-20088-25
Correo: yuly.rodriguez2977@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3107572639

Ciudad y fecha:	Tunja, 01 de mayo del 2025
Unidad:	Policía Metropolitana de Tunja-Unidad Prestadora de Salud Boyacá
Tipo de contrato	<table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></table>
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	95-7-20088-25
Constancia de recibido No.	01
Contratista:	MARIBEL MEDINA VARGAS
NIT del contratista:	40.045.436
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión como FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL para la Unidad Prestadora de Salud Boyacá
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$22.159.280,00
Plazo de ejecución:	01/04/2025 AL 29/08/2025
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	No Aplica
Lugar de ejecución y/o entrega	Calle 21 No. 8-70 Barrio Centro Histórico- Unidad Prestadora de Salud Boyacá
Incumplimiento del plazo de ejecución SI ___ NO X	NO APLICA
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	Subintendente YULY YARLIN RODRÍGUEZ APONTE Responsable Talento Humano de la UPRES DEBOY

Fecha de entrega certificada:	01/04/2025 AL 30/04/2025
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
UPRES BOYACA	16	Fisioterapeuta Esp. SST	$4.461.600,00	$4.461.600,00	$0	$4.461.600,00

Acta de recepción de bienes	No Aplica

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
01	01/05/2025	$ 4.461.600,00	$ 0,00	$ 4.461.600,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$ 4.461.600,00	$ 0,00	$ 4.461.600,00

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El Contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicios como como FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL de 8 horas diarias, 44 horas semanales y 190 horas mensuales en la Unidad Prestadoras de Salud Boyacá, de acuerdo a la tabla de honorarios establecida en la Resolución 193 del 14 de mayo del 2024 de la Dirección de Sanidad, el contratista ha dado cumplimiento dentro de las especificaciones y parámetros que establece el mismo contrato, por lo cual a continuación se informa las actividades realizadas durante el periodo certificado.

Informe de Actividades Mensual: los servicios se prestaron dentro del plazo de ejecución, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, por lo cual se avala el pago de la cuenta de cobro No. 01 correspondiente al periodo del 01 de abril hasta el 30 de abril del 2025.

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS
1	Actualizar el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias: Según su competencia para la Unidad.	Si X No__	Ninguna
2	Apoyar en la ejecución de inducciones a personal nuevo que ingresa a laborar en la UPRES Boyacá y antiguo, cuando retome labores	Si X No__	Ninguna
3	Apoyar la ejecución de talleres, campañas propias del plan de trabajo y las adicionales según direccionamiento DITAH, DISAN.	Si X No__	Ninguna
4	Apoyo a reuniones del SST programadas por las diferentes unidades adscritas al UPRES Boyacá	Si X No__	Ninguna

5	Apoyo de las actividades del SGSST designadas por el supervisor del contrato como campañas de prevención en enfermedad laboral y accidente de trabajo	Si X No__	Ninguna
6	Asistir a inducciones, capacitaciones y demás actividades programadas por el UPRES Boyacá.	Si X No__	Ninguna
7	Conformar, capacitar y coordinar las actividades de brigadas de emergencia, según su competencia para la unidad.	Si X No__	Ninguna
8	Cumplir con las actividades de seguridad y salud en el trabajo, establecidas por el nivel central y la Dirección de Sanidad, establecidos en el plan de trabajo vigente.	Si X No__	Ninguna
9	Dar indicaciones generales y entrenamiento a funcionarios según plan de trabajo SST.	Si X No__	Ninguna
10	Diligenciar bases de datos de valoraciones, informes de medicina preventiva y de actividades realizadas, diligenciamiento de SISAP	Si X No__	Ninguna
11	Documentar los requerimientos propios del SGSST según su competencia por la licencia de seguridad y salud en el trabajo	Si X No__	Ninguna
12	Establecer la valoración previa y personalizada del paciente y emitir el diagnóstico según el caso, mediante un sistema de evaluación funcional y un sistema de registro e historia clínica.	Si X No__	Ninguna
13	Gestionar respuestas de comunicados oficiales, de requerimientos allegados a la dependencia, cuando la pertinencia sea para un profesional en fisioterapia	Si X No__	Ninguna
14	Identificar los elementos de protección personal – EPP, según matriz en formato establecido.	Si X No__	Ninguna
15	Implementar el programa de vigilancia epidemiológica del riesgo biomecánico, realizando capacitaciones de prevención de riesgo biomecánico, según temas direccionados por la DITAH y DISAN	Si X No__	Ninguna
16	Realizar actividades de medicina del trabajo y de prevención y promoción de la salud, de acuerdo con su licencia y nivel de competencia	Si X No__	Ninguna
17	Realizar el despliegue del plan de comunicaciones en SGSST de acuerdo con su licencia y nivel de competencia	Si X No__	Ninguna
18	Realizar inspección de puesto de trabajo: Según requerimientos de nivel central o por solicitud de la medicina laboral y /o examen ocupacional periódico.	Si X No__	Ninguna
19	Realizar investigación de accidentes laborales con sus respectivos informes, según su competencia para la unidad.	Si X No__	Ninguna
20	Realizar seguimiento a los contratos desde SST, según su competencia, para empresas tercerizadas que prestan servicios dentro de la unidad	Si X No__	Ninguna
21	Realizar seguimiento al diligenciamiento de los formatos EPP, según su competencia en cada unidad	Si X No__	Ninguna
22	Realizar valoraciones paramédicas ocupacionales de fisioterapia para reubicación laboral, determinación del origen y/o recomendaciones de salud ocupacional.	Si X No__	Ninguna

23	Registrar la accidentalidad en la matriz establecida por la DITAH-SGSST	Si X No__	Ninguna
24	Seguimiento y verificación a implementación de las medidas de prevención y control de peligros y riesgos identificados:	Si X No__	Ninguna
25	Trabajar en forma interdisciplinaria con las especialidades correspondientes a la Unidad, con el fin de ofrecer atención integral al paciente.	Si X No__	Ninguna
26	Desarrollar el programa de accidentalidad (consolidación, sistematización)	Si X No__	Ninguna
27	Desarrollar las actividades del plan de trabajo de SST asignadas	Si X No__	Ninguna
28	Las demás que le sean asignadas por el jefe inmediato o Jefe de UPRES y que tengan relación directa con las demás funciones, con la naturaleza del cargo, el área de desempeño y competencia de acuerdo a su licencia SST.	Si X No__	Ninguna
29	Realizar auto-reporte de condiciones de trabajo y de salud cuando le sea solicitado.	Si X No__	Ninguna
30	Realizar seguimiento al diligenciamiento de los formatos EPP, según su competencia en cada unidad	Si X No__	Ninguna
31	Verificar y hacer seguimiento a los compromisos adquiridos en el comité de seguridad y salud en el trabajo	Si X No__	Ninguna
32	Las demás que le sean asignadas por el supervisor y/o el jefe de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá que tengan relación directa con el objeto contractual	Si X No__	Ninguna
33	horas de Prestación de Servicios ocho (8) horas diarias, cuarenta y cuatro (44) horas semanales, ciento noventa horas (190) mensuales de acuerdo a la Resolución No 300 en su Artículo 2	Si X No__	Ninguna
34	Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF)	SI X NO__	No. 85287544 del 16/04/2025
35	Aporte apoyo ordenanza No. 030	SI X NO__	$45.000,00

NOTA: para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

Firma
Subintendente YULY YARLIN RODRÍGUEZ APONTE
Responsable Talento Humano de la UPRES DEBOY

CUENTA DE COBRO No. 01

Tunja,01 de mayo del 2025

POLICÍA METROPOLITANA DE TUNJA
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACÁ
DEBE A:

MARIBEL MEDINA VARGAS identificada con Cédula de Ciudadanía No. 40.045.436 Expedida en Tunja (Boyacá) la suma de $4.461.600 por concepto de las actividades desempeñadas desde el 01 de abril al 30 de abril del año 2025, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. **95-7-20088-25** suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá para prestar mis servicios como fisioterapeuta especialista en salud ocupacional.

Favor consignar en la cuenta de ahorros No. 300100264731 del Banco BANCOOMEVA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

MARIBEL MEDINA VARGAS
C.C. 40.045.436 Expedida en Tunja
Celular: 3174350881
Correo: maribel.medina@correo.policia.gov.co

Tunja, 01 de mayo del 2025

Señores:
Policía Metropolitana de Tunja
Unidad Prestadora de Salud Boyacá
Ciudad.

Respetados señores;

Yo, **MARIBEL MEDINA VARGAS** identificada con cédula de ciudadanía No. 40.045.436 Expedida en Tunja (Boyacá), para los efectos previstos en la Ley 1819 de 2016 y 1943 de 2018 y en el Decreto reglamentario 3032 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como; empleado, según el Artículo 241 y 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en el **Unidad Prestadora de Salud Boyacá**, además mi condición es de **DECLARANTE** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

MARIBEL MEDINA VARGAS
C.C. 40.045.436 Expedida en Tunja
Celular: 3174350881
Correo: maribel.medina@correo.policia.gov.co

Tunja, 01 de mayo del 2025

Señores:
Policia Metropolitana de Tunja
Unidad Prestadora de Salud Boyacá
Tunja.

Respetados señores;

Yo, **MARIBEL MEDINA VARGAS** en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía 40.045.436 Expedida en Tunja (Boyacá), para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1°del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos profesionales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (Salud 12,5%, Pensión 16% y riesgos profesionales para riesgo II el 1,044%, riesgo III el 2,436%, riesgo V 6;960%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, correspondientes a los ingresos provenientes del contrato No. **95-7-20088-25** suscrito con la Policía Metropolitana de Tunja – Unidad Prestadora de Salud Boyacá.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA No. 85287544
HONORARIOS MENSUALES	4.461.600,00	4.461.600,00
BASE COTIZACION 40%	1.784.640,00	1.784.640,00
APORTE SALUD 12,5%	223.100,00	224.200,00
APORTE PENSION 16%	285.500,00	286.900,00
APORTE RIESGOS PROFESIONALES		
RIESGO II 1,044%	18.600,00	18.800,00
RIESGO III 2,436%	43.500,00	0,00
RIESGO V 6,960%	124.200,00	0,00

Cordialmente,

MARIBEL MEDINA VARGAS
C.C. 40.045.436 Expedida en Tunja (Boyacá)
Teléfono 3174350881.
Email: maribel.medina@correo.policia.gov.co

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40045436	MARIBEL MEDINA VARGAS	Calle 4 No 5 A -19	7458626	medinavargasmaribel@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	TUNJA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	16/04/2025	85287544	$529.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	223.100	0		0		0	7	1.100	0	224.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	285.600	0	0	0	0	7	1.300	0	286.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.700				18.700	7	100	18.800			187	18.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.100	224.200
Pensión	1	285.600	286.900
Riesgos Laborales	1	18.700	18.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	527.400	529.900

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40045436	MARIBEL MEDINA VARGAS	Calle 4 No 5 A -19	7458626	medinavargasmaribel@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	TUNJA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	16/04/2025	85287544	$529,900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotiante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	40045436	MEDINA VARGAS MARIBEL	57	0			N																	25-14	1,784,640	285,800	0	0	0	0	EPS002	1,784,640	223,100	14-23	1,784,640	2	18,700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

COMPROBANTE

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8918003301	SCOTIABANK COLPATRIA	129607124	1415137630	16/04/2025 10:15:01-a.m.

Razón Social: **UPTC - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA**

Usuario Pagador: **40045436**

Descripción del Pago: **100000194 - Estampilla Pro-UPTC**

Dirección IP: **190.255.40.66**

Total Pagado **$ 45,000.00**

Descripción	Cantidad	Valor Pagado	Valor Servicio
100000194 - Estampilla Pro-	1	$ 45,000.00	COP$ 45,000.00

ecollect
Seguro para ti

NIT	Medio de Pago	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8918003301	SCOTIABANK COLPATRIA	129607124	1415137630	16/04/2025 10:15:01-a.m.

Tipo de Documento
C.C

Numero Identificación Contratista
40045436

Nombre Contratista
Maribel Medina Vargas

Numero Identificación Contratante

Nombre Contratante
POLMETUN - 900801209

Numero de Contrato
9572008825

Vigencia
2025

Base Gravable
4.461.600

ecollect
Seguro para ti

Uptc® Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia	UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC ORDENANZA 030 DE 2005	ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD MULTICAMPUS RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS

Número Estampilla	7701788		
Contratista:	Maribel Medina Vargas		
C.C. / Nit / Identificación Contratista:	40045436		
Objeto del Contrato	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión como fisioterapeuta especialista en salud ocupacional para la unidad prestadora de salud Boyacá		
Contratante:	POLMETUN - 900801209 /NIT		
	Numero de Contrato: 9572008825	Vigencia:	2025
	Base Gravable $4.461.600	Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato	$ 45,000.00
	Fecha de Pago: 16/04/2025		

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141056985023

(415)7707212489984(8020) 000014105698502 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 0 4 5 4 3 6	7	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	40045436	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MEDINA	VARGAS	MARIBEL	

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: MZ R CA 5 CD SOL DE ORIENTE

42. Correo electrónico: medinavargasmaribel@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 6 5 2 6 6 5 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 2 0 1 0 7					2 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	2 0																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 07 - 05 / 08 : 16: 42

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO